



WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 16 YEARS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

TUỔI NIÊN THIẾU: 16 TUỔI

THÀNH NIÊN ĐIỀN VỀ CHÍNH MÌNH

TÊN ĐỨA TRẺ	NGÀY SANH			
CÁC DỊ ỨNG	THUỐC MEN HIỆN TẠI			
CÁC BỆNH TẬT/TAI NAN/TRỎ NGAI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI				
<p>CÓ KHÔNG</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ăn sáng hằng ngày.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có người để nói chuyện.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có thắc mắc về vấn đề tình dục.</p> <p>CÓ KHÔNG</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi hài lòng với sự học và/hoặc việc làm của tôi.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mỗi ngày tôi có hoạt động thể dục.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ngủ đủ; _____ giờ mỗi đêm.</p>				
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____	
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history			Sleep _____	
			<input type="checkbox"/> Dental Referral <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Hgb/Hct <input type="checkbox"/> Review Immunization Record	
Screening:			Health Education: (Check all completed)	
Hearing Screen	MHZ	R	<input type="checkbox"/> Nutrition/weight control <input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Tobacco Use <input type="checkbox"/> Injury prevention/safety <input type="checkbox"/> Sex education/birth control <input type="checkbox"/> Sleep patterns <input type="checkbox"/> Driving <input type="checkbox"/> Seat belts <input type="checkbox"/> Self Exam <input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol <input type="checkbox"/> STD discussed <input type="checkbox"/> HIV/AIDS discussed <input type="checkbox"/> Regular physical activity <input type="checkbox"/> Suicide/Depression	
	4000	_____		
	2000	_____		
	1000	_____		
	500	_____		
Vision Screen	R 20/_____	L 20/_____		
Development	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A	_____		
Behavior	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A	_____		
Social Emotional	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A	_____		
Physical:	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A	_____		
General appearance	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A	Chest	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A	_____
Skin	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lungs	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Head	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Eyes	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Abdomen	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Ears	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Genitalia	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Nose	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spine	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Oropharynx/Teeth	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extremities	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Neck	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neurological	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Nodes	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gait	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Describe abnormal findings: _____ _____ _____				
IMMUNIZATIONS GIVEN				
REFERRALS				
NEXT VISIT: 18 YEARS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS	

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (16 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.
They are not comprehensive guidelines.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests, especially in menstruating teens.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Tetanus and diphtheria (Td) Vaccine

- Recommend subsequent routine Td boosters every 10 years.

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - TUỔI NIÊN THIẾU: 16 TUỔI

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 16 YEARS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

TUỔI NIÊN THIẾU: 16 TUỔI

THÀNH NIÊN ĐIỀN VỀ CHÍNH MÌNH	TÊN ĐÚA TRẺ			NGÀY SANH	
	CÁC DỊ ỨNG		THUỐC MEN HIỆN TẠI		
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NAN/VẤN ĐỀ/QUAN TÂM KỂ TỪ LẦN KHÁM CUỐI				
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ăn sáng hằng ngày. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có người để nói chuyện. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi có thắc mắc về vấn đề tình dục.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi hài lòng với sự học và/hoặc việc làm của tôi. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mỗi ngày tôi có hoạt động thể dục. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi ngủ đủ; _____ giờ mỗi đêm.		
	CÂN NẶNG KG/OZ. TỶ LỆ BÁCH PHÂN		CHIỀU CAO CM/IN. TỶ LỆ BÁCH PHÂN	ÁP HUYẾT	Chế độ ăn uống _____
<input type="checkbox"/> Xét lại các hệ thống <input type="checkbox"/> Xét lại quá trình gia đình					Ngủ _____
Khám Truy Tâm: Thủ Nghiệm Nghe MHZ P T 4000 _____ 2000 _____ 1000 _____ 500 _____		<input type="checkbox"/> Gói đi khám răng <input type="checkbox"/> Tb <input type="checkbox"/> Mô Trong Máu <input type="checkbox"/> Hgb/Hct			Xét Lại Hồ Sơ Chích Ngừa
Thủ Nghiệm Nhìn Phát triển Tính hạch Giao tế/Xúc cảm		<input type="checkbox"/> Dinh Dưỡng/Giữ cân <input type="checkbox"/> Chăm Sóc Răng <input type="checkbox"/> Hút thuốc <input type="checkbox"/> Phòng ngừa bị thương/ <input type="checkbox"/> Giáo Dục Sinh Lý/Ngừa Thai <input type="checkbox"/> Các Thói Ngủ <input type="checkbox"/> Lái Xe <input type="checkbox"/> Dây An Toàn <input type="checkbox"/> Tự Khám <input type="checkbox"/> Xì Ke/Rượu <input type="checkbox"/> Bàn về STD <input type="checkbox"/> Bàn về HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Hoạt động thể dục đều đặn <input type="checkbox"/> Tự Tử/Buồn Chán			Giáo Dục về Y Tế: (Đánh dấu hết những gì đã hoàn tất)
Thể chất:		N A	N A	Giám Định: _____	
Nhin Chung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mũi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Họng/Răng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cổ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cục u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tình Trạng Tâm Thần	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mô tả các khám phá bất thường:					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
ĐÃ CHỨNG NGÙA					
GIỚI THIỆU ĐI					
LẦN KHÁM KẾ: LÚC 18 TUỔI			TÊN NƠI CHĂM SÓC Y TẾ		
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC Y TẾ			ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC Y TẾ		

TUỔI NIÊN THIẾU: 16 TUỔI

Chăm Sóc Sức Khỏe Của Em Lúc 16 Tuổi

Cơ Thể Của Em Cần Gì

Những cách có thể giúp cho cơ thể của em từ 16 đến 18 tuổi.

Em cần khám bác sĩ về sức khỏe, mắt và tai đều đặn. Em nên gặp nha sĩ ít nhất là mỗi năm một lần.

Em cần ngủ mỗi đêm ít nhất là 8 tiếng thì mới đủ khỏe để học ở trường, đi làm hoặc lái xe. Tránh làm việc thêm nếu phải ngủ ít đi.

Vận động là cách hữu hiệu nhất để khỏi bị mập. Nhịn ăn thì phải có hoạch định và được giám sát. Uống thuốc để xổ hoặc ói có thể làm hại cho cơ thể. Cơ thể của em không lấy được chất bổ cần để tăng trưởng. Nếu em có bạn bè dùng thuốc ói hoặc thuốc xổ để khỏi bị mập thì những người ấy cần phải được giúp đỡ.

Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

Đường Dây Giúp về Gia Đình: 1-800-932-4673
Toàn Quốc Crisis Helpline: 1-800-999-9999 hoặc
Boys Town Crisis Line Toàn Quốc: 1-800-448-3000.

Tin Tức về Sinh Lý cho Trẻ Mới Lớn:

www.teenwire.com.

Muốn biết thêm chi tiết về thiếu niên đồng tính luyến ái hãy liên lạc với:

PFLAG (Phụ Huynh, Gia Đình và Những Thân Hữu Đồng Tình Luyến Ái) www.pflag.com hoặc điện thoại số 202-467-8180.

Muốn có tin tức về các bệnh ăn uống hãy vào:

www.allabouteatingdisorders.com.

Những Đức Tính Lành Mạnh

Hãy tìm hiểu về sinh lý của em, trinh tiết, các bệnh truyền nhiễm qua tình dục và ngừa thai. Hãy biết cách phải làm thế nào và tại sao phải nói "không" đối với tình dục.

Bàn với cha mẹ hoặc cố vấn người lớn về các quyết định về tình dục.

Hút thuốc làm cho em bị cảm lạnh, nhiễm trùng xoang mũi, ung thư, hoi thở hôi, và làm cho quần áo, tóc tai hôi hám.

Những thay đổi tiêu cực đáng kể về cảm giác của em, về tánh nết, bạn bè, bài làm ở trường và việc đi học có thể là những dấu hiệu của sự buồn chán. Nếu em cảm thấy buồn chán, hãy đi gặp bác sĩ của em hoặc xin cha mẹ em giúp đỡ. Hoặc nếu có người bạn tỏ vẻ thật buồn bã, hoặc nóng nảy hay tánh nết thay đổi, em nên biết chỗ để xin giúp đỡ.

Mỗi ngày hãy dành thời giờ để tập vận động tương đương với giờ để chơi với bạn bè, coi TV hoặc chơi computer.

Nhiều trẻ mới lớn biết có bạn cùng trang lứa đồng tính luyến ái. Em nên nói chuyện về việc này. Em có thể gọi cho một trong các tổ chức giúp người đồng tính luyến ái, gia đình của họ, và bạn bè họ.

Các thú tiêu khiển và tài nghệ có thể khởi sự một nghề nghiệp. Nó giúp cho em cảm thấy thú vị về mình. Hãy thử những thứ làm em thích như thể thao, kịch nghệ, mỹ thuật, nhạc, chụp hình, hoặc làm nữ trang.

Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Lái xe rất nguy hiểm đối với trẻ mới lớn khi có các trẻ mới lớn khác quá giang. Em và cha mẹ em nên đồng ý rõ ràng về các điều lệ về lái xe, nhất là khi có bạn bè. Thí dụ như, tất cả những người lái xe và người ngồi trên xe, luôn luôn phải dùng dây an toàn. Đừng bao giờ lái xe khi say hoặc ngồi trong xe của người lái bị say.

Nên nhớ "Bạn bè không những không để cho người bạn say lái xe", mà họ còn không cho bạn bè ngồi trong xe do người say lái.

Dùng kem chống nắng. Bị nắng nhiều quá có thể làm cho da bị nhăn và ung thư.